FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TUMEURS SOLIDES
DES DOIGTS

(Symptômes, diagnostic et traitemeut.)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR

Léon MONORY

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Rue Monsieur-le-Prince, 31.

1873

St Quentin (aisne)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TUMEURS SOLIDES
DES DOIGTS

(Symptômes, diagnostic et traitemeut.)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR

Léon MONORY

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1873

A M. LE Dr HENRI ROGER,
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

INTRODUCTION.

Il y a aux doigts des tumeurs solides et des tumeurs liquides. Nous ne nous occuperons dans ce travail que des premières. Toutes les tumeurs dont nous allons parler ont déjà été décrites. Nous croyons cependant que c'est la première fois qu'on groupe en un seul faisceau les tumeurs solides qui peuvent affecter les extrémités digitales.

Notre intention est de décrire les symptômes, d'indiquer le traitement et de faire le diagnostic de toutes ces hyperplasies.

Dans ce but nous avons divisé le doigt en trois plans : Le premier sera la peau ; le second, l'espace compris entre le tégument et la phalange ; le troisième, le squelette.

Le premier plan comprend la peau ; le second, le tissu cellulaire sous-cutané, les nerfs, les tendons et leurs gaînes; le troisième l'os et son périoste.

Dans chacune de ces trois parties nous trouvons des tumeurs solides qui ont là leur siége de prédilection.

Chacune de ces parties formera donc un chapitre. Dans le premier, nous étudierons les tumeurs solides de la peau : *verrues*, *cornes*, *épithéliômes* ;

Dans le second, celles qui peuvent siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur les nerfs, sur les ten-

dons ou dans leurs gaînes : *lipômes*, *tumeurs fibreuses et fibro-platisques*, *névrômes, ostéômes*, *carcinômes*.

Dans le troisième, celles qui affectent l'os et son périoste, tumeurs spéciales aux doigts pour ainsi dire : *les enchondrômes*.

Dans cette dernière partie, prenant pour type de tumeur solide des doigts, celle qui est la plus commune à ces organes, la tumeur cartilagineuse, nous essaierons d'en faire le diagnostic différentiel avec toutes celles qui peuvent s'y présenter. Nous en excepterons cependant la tumeur blanche, l'arthrite sèche, le rhumatisme d'Heberden, la goutte. Ces dernières affections qui ont pour siége les surfaces articulaires ou leurs dépendances sont toutes sous l'influence d'une diathèse qui s'accompagne d'autres manifestations. D'ailleurs elles ne forment pas tumeur proprement dite.

TUMEURS SOLIDES DES DOIGTS

(Symptômes, diagnostic et traitement.)

CHAPITRE PREMIER.

VERRUES, CORNES, ÉPITHÉLIÔMES.

Sur le tégument digital, les tumeurs solides les plus fréquentes sont : les *verrues* et les *épithéliômes*. On y rencontre aussi quelquefois des *productions cornées*, des *adénômes* ou des *polyadénômes*.

On pourrait à la rigueur dire qu'il n'existe sur la peau des doigts que des épithéliômes. Cette assertion serait vraie au point de vue histologique, car dans les tumeurs énumérées ci-dessus l'hyperplasie consiste en épithélium ; mais au point de vue pratique, il y a une bien grande différence par exemple entre une simple verrue et une épithélioma.

Les *verrues* sont des *papillômes cornés*. Les papilles de la peau s'hypertrophient, donnent naissance à des papilles secondaires et le tout est revêtu de cellules identiques à celles du corps muqueux et de l'épiderme. Cette enveloppe est ordinairement lisse. Quelquefois cependant un certain nombre de papilles sont isolées par un revêtement épidermique propre à chaque groupe,

la petite tumeur alors est inégale, fendillée et prend le nom de *poireau* (1).

Tout le monde connaît ces petites hyperplasies épithéliales et tout le monde sait aussi qu'elles sont fréquentes aux doigts, qu'elles siégent aussi bien sur leur face dorsale que sur leur face palmaire. Quelle est la cause de cette hypertrophie papillaire? Doit-on l'attribuer à une espèce de diathèse plutôt qu'à une action mécanique? Nous le pensons, car nous voyons ces petites tumeurs apparaître aussi bien sur les mains de l'homme de cabinet que sur celles de l'artisan.

C'est une affection bénigne, n'entraînant avec elle aucune conséquence fâcheuse, et si le médecin est appelé à leur sujet, ce sera presque toujours par coquetterie de la part du malade. Si celui-ci l'exige on pourra les détruire soit avec un caustique, soit avec l'instrument tranchant. Mais, pour notre part, nous conseillerons toujours de les respecter, car on a vu des épithéliômes survenir à la suite de la simple cautérisation d'une verrue, et au mois de septembre dernier, nous avons remarqué à l'hôpital des Cliniques un malade atteint d'une arthrite suppurée de l'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'index gauche. Cette arthrite était survenue à la suite de l'ablation d'une verrue siégeant à ce niveau, ablation que le malade avait faite lui-même.

Les *cornes* sont aussi des papillômes cornés.

Leurs cellules épidermiques sont soudées intimement de la même façon que les ongles. Elles sont beaucoup moins fréquentes aux doigts que les verrues, et leur siég

(1) Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie path., 1re partie, 1869.

de prédilection paraît être la face dorsale des phalanges. On ne les pas vues isolées seulement aux doigts, et quand on les a observées, elles étaient pour ainsi dire généralisées. Ainsi Ingrassias raconte qu'il observa à Palerme une jeune fille chez laquelle les mains, les avant-bras, les genoux, la tête et le front présentaient des excroissances cornées recourbées, terminées en pointe comme les cornes d'un veau. Heurtaux, de son côté, a vu une jeune fille de 16 à 17 ans qui offrait, depuis plusieurs années, des productions cornées occupant les pieds et les mains. Aux mains, la lésion consistait en quelques plaques de peu d'importance, développées sur les côtés des articulations des phalanges, et au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, du côté de la flexion (1).

Le sexe féminin et la vieillesse paraissent être plus disposés à ce genre de production épidermique. Si la corne était volumineuse, si elle gênait par trop le malade, si elle n'était pas indolente on ferait son ablation soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri.

Les *épithéliômes*, encore appelés *cancroïdes* ou *cancers épithéliaux* des doigts, sont les tumeurs les plus graves de la peau digitale.

Les épithéliômes affectent plusieurs formes : ils sont *papillaires*, *dermiques* ou *glandulaires*.

Les causes de cette production morbide épithéliale sont inconnues. Les malades accusent toujours un coup, une contusion ou une action irritante de favoriser le développement de ces tumeurs, mais cela n'est rien.

(1) Dict. encyclopédique des sciences médicales, t. IV, 1re partie.

moins que prouvé. On a observé cependant certain
causes prédisposantes : l'hérédité, la vieillesse. Ai
les sujets affectés ont toujours de 50 à 60 ans.
lisant le mémoire de M. le professeur Verneuil s
les tumeurs de la peau (1), nous avons remarqué
outre que les malades, qui font l'objet de deux observ
tions de tumeurs épithéliales des doigts, étaient
constitution faible, pâles, à poils roux, et les mains r
couvertes de taches de rousseur.

Les cancers épithéliaux siégent sur la face dors
des mains et très-exceptionnellement sur la face p
maire.

L'*épithéliôme papillaire* est le plus commun. Il déb
par une hypertrophie papillaire formant verrue. Pl
tard, celle-ci se vascularise, s'accroît, s'excorie, s'ulcè
De plus, un liquide séreux s'écoule de l'ulcération
vient, en se desséchant, former des croûtes successiv
Plus ou moins vite, mais certainement, l'ulcération gag
en largeur, en profondeur et l'épithélium s'infiltre ju
que dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'*épithéliôme dermique* a les mêmes symptômes,
même marche, seulement au lieu de former verr
tumeur dès le début, il commence par une tuméfacti
circonscrite ou diffuse du derme.

L'*épithéliôme glandulaire* se développe soit dans
glandes sudoripares, soit dans les glandes sébacé
S'il est *circonscrit*, il se présente sous la forme d'un b
ton, possédant quelquefois un pédicule, ne provoqua
pas de douleur, mais montrant une coloration un p
rouge. S'il est *diffus*, il commence par des petites tumeu

(1) Verneuil. Arch. de méd., 5e série. t. IV.

voisines les unes des autres et formant par leur ensemble une tuméfaction mal définie.

Circonscrit ou diffus, le polyadénôme, comme l'appelle M. Broca, finit par s'ulcérer en suivant la marche ordinaire des cancroïdes.

C'est ce que nous voyons dans le livre de M. Broca (1), quand le savant professeur parle d'un malade affecté d'un polyadénôme du doigt médius, amputé par M. Huguier. « Une large ulcération, dit-il, en saillie, rouge et saignante à sa surface, occupait la plus grande partie de la face dorsale du doigt. La tumeur s'était propagée au tissu conjonctif sous-cutané qui s'était transformé en une couche lardacée de 2 millimètres d'épaisseur et qui renfermait comme la tumeur elle-même un grand nombre de glandes sudoripares. »

Le polyadénôme diffus est plus grave que le circonscrit ; il a plus de tendance à envahir les tissus voisins, à s'ulcérer.

S'il nous est permis d'émettre notre opinion, nous dirons qu'au point de vue pratique, cette division en polyadénôme diffus et circonscrit n'est pas très-importante. Dans les deux cas, on est en présence d'une affection qui, presque certainement, deviendra grave, et quand on aura affaire à un polyadénôme, qu'il soit diffus ou circonscrit, il faudra toujours penser que cette hyperplasie s'accroîtra, qu'elle s'ulcérera, qu'elle nécessitera sans doute une intervention chirurgicale. Le cycle morbide mettra, dans l'un ou l'autre cas, plus ou moins de temps à s'accomplir, mais il s'accomplira. Il en sera de même pour les tumeurs épithéliales papil-

(1) Broca. Traité des tumeurs, t. II.

laires ou dermiques; c'est pourquoi le cancroïde des doigts est une affection toujours grave, puisqu'il peut s'accroître, s'ulcérer, récidiver, envahir les ganglions lymphatiques et même toute l'économie.

En résumé, quand sur un doigt on verra une production morbide siégeant dans la peau seule, s'accroissant lentement, s'ulcérant à la fin et donnant non pas du pus, mais un liquide séreux qui, en se desséchant, forme des croûtes; quand enfin on verra cette ulcération à l'aspect végétant avoir de la tendance à augmenter en largeur et en profondeur, on pensera au cancer épithélial des doigts, à l'épithéliôme.

Prendra-t-on cette ulcération pour une manifestation de la scrofule ou de la syphilis? Non. L'épithéliôme est une maladie de la vieillesse; la scrofule est une maladie de l'enfance; l'épithéliôme sera localisé à un doigt, l'ulcération syphilitique sera accompagnée d'autres accidents vénériens, et dans les deux cas, scrofule et syphilis, il y aura toujours des phénomènes généraux et des antécédents caractéristiques.

Pour ce qui est du traitement des épithéliômes, nous citerons les paroles suivantes de M. le professeur Verneuil (1):

« 1° Toute tumeur constituée par une hypertrophie des éléments de la peau peut être combattue au début par la thérapeutique ordinaire; mais dès que l'impuissance de celle-ci est constatée, dès que les spécifiques ont échoué, il faut le plus tôt possible agir chirurgicalement si le mal s'accroît et tend à se propager. 2° L'intervention chirurgicale doit être hardie et radi

(1) Loc. cit.

cale; il faut détruire le mal complètement, ou n'y point toucher. »

En terminant ce chapitre, nous résumons deux observations du mémoire de M. Verneuil, qui montreront la relation qui existe entre la verrue et l'épithéliôme. Elles indiqueront aussi le traitement de celui-ci, et formeront enfin un tableau de l'affection dont nous venons de nous occuper.

OBSERVATION I.

Tumeur ulcérée du doigt indicateur gauche datant de 14 mois ; extirpation du doigt avec résection de la moitié du métacarpien correspondant ; hypertrophie des glandes sudoripares et de l'épiderme ; récidive imminente.

Femme de 60 ans, entrée dans le service de M. Lenoir, en juillet 1854, pour une tumeur ulcérée du doigt. Cheveux châtains, peau pâle, et recouverte, surtout aux mains, de taches de rousseur. Il y a quatorze mois, elle reçut une contusion à la face dorsale de la main, contusion assez intense, mais dont les traces disparurent bientôt. Quelques jours après, elle ressentit dans la partie moyenne de la face dorsale de l'index, une douleur circonscrite et assez aiguë, ce qui lui fit supposer qu'un petit fragment de verre s'était introduit dans la peau et y était resté. Elle chercha en vain, avec une épingle, à retirer ce corps étranger, dont rien à l'intérieur n'indiquait la présence. La petite plaie faite avec l'épingle devint le siége d'une légère inflammation ; il se forma une petite croûte, et, en arrachant celle-ci, la malade affirme que sous la peau existait déjà une masse blanche qu'elle compare aux racines d'une verrue ou poireau. — De nombreuses cautérisations furent faites, et n'amenèrent aucun résultat avantageux. Au con-

traire, la production pathologique gagna toujours du terrain, les mouvements du doigt devinrent impossibles. Des douleurs très-vives accompagnèrent cette longue série de tentatives infructueuses ; elles étaient lancinantes, empêchaient parfois le sommeil et retentissaient dans le membre. — Il faut noter cependant que la tumeur était dure, saillante, rugueuse au toucher, d'un blanc grisâtre, non vasculaire, non ulcérée. Une application d'emplâtre amena la destruction d'une grande partie de la portion saillante du produit morbide, et une ulcération profonde, allant dans certains points jusqu'aux parties dures, apparut.— La malade entra à l'hôpital, où M. Lenoir pratiqua, le 19 juillet, l'extirpation du doigt et la section de la moitié inférieure du métacarpien correspondant, afin d'atteindre autant que possible les limites du mal. Dans les premiers jours d'août, la plaie était en voie de guérison complète. Avant de faire la description anatomique de la tumeur, qui se compose de glandes hypertrophiées, et d'une substance qui a le plus grand rapport avec l'épiderme accumulé, on note : que la malade a sur le nez et sur la partie latérale du cou des petites croûtes épidermiques qui tombent et se renouvellent depuis fort longtemps, et au-dessous desquelles le derme est légèrement exulcéré. La malade ne se préoccupe nullement de ces légères lésions, qui pourraient être le point de départ de cancroïdes épidermiques, et qui annoncent que chez elle le tégument a une tendance particulière à devenir malade. Il faut aussi remarquer l'absence de tout engorgement ganglionnaire au coude et dans l'aisselle, malgré la durée déjà notable du mal, et les irritations intempestives qui ont tant activé son développement.

OBSERVATION II.

'umeur ulcérée du doigt développée à la suite d'une écorchure et sur une verrue préexistante ; amputation du doigt. — Cicatrisation complète. — Choléra. — Mort.

Cultivateur de 57 ans, entré vers la fin de mai 1854, ans le service de M. Denonvilliers, à Saint-Louis, pour e faire traiter d'une ulcération rebelle qu'il porte sur ı face dorsale du doigt annulaire droit, au niveau de ı première articulation phalangienne. Homme à peau ne, et recouverte d'une très-grande quantité de taches e rousseur; cheveux et barbe roux. Ce malade avait ne verrue indolente sur la face dorsale de l'articulaion précitée. Il écorcha un jour cette production en 'availlant; il se forma une croûte qui se détacha et reforma à plusieurs reprises. Ces phénomènes se succèdèrent ainsi pendant plusieurs mois, sans que le mal soit beaucoup aggravé. Ensuite, les croûtes cessèrent se reproduire, et l'ulcération fit de rapides progrès. - C'est une ulcération de 2 centimètres, à bords durs. s douleurs ne furent bien marquées qu'en mai, où es se montrèrent dans un point très-circonscrit, et ec une très-grande acuité. La flexion est limitée par ı sentiment de raideur. L'état de l'affection, à l'entrée ı malade à l'hôpital, est le suivant : ulcération de 3 ntimètres de diamètre, ayant envahi tous les tégunts de la première et de la deuxième phalanges et os eux-mêmes.—Le volume du doigt est à peu près le uble qu'à l'état normal à ce niveau. Le mal ne s'étend à la face palmaire du doigt, ni sur la face dorsale de région métacarpienne. Aucun engorgement ganonnaire dans le coude ni dans l'aisselle. — Le fond

de l'ulcère est plat, à bords un peu saillants. La sur-face de la plaie est rosée, recouverte d'une mince cou-che pulpeuse, reposant sur une base dure, surtout ver les bords. Le tendon extenseur sous-jacent est intact le tissu cellulaire qui l'entoure est induré. Le tissu pa thologique incisé est dur, comme fibreux, crie sous l scalpel, et offre une coloration d'un blanc rosé sale. — Il forme au centre de l'ulcération une couche de 2 mil limètres au plus ; sur les bords il est plus épais et attein 5 à 6 millimètres en certains points. Le râclage en ex trait une matière épaisse, opaque, granuleuse, asse abondante.

L'examen microscopique fait constater que la tumeu était formée par une hypertrophie des glandes de l peau et de l'épiderme.

CHAPITRE II.

LIPÔMES, TUMEURS FIBREUSES ET FIBRO-PLASTIQUES, NÉVRÔMES, OSTÉÔMES, CARCINÔMES.

Le *lipôme* est constitué par du tissu adipeux de for mation nouvelle, et il prend naissance tantôt dans l couche aréolaire sous-cutanée, tantôt dans la couch sous-aponévrotique. Sa structure est exactement cel du tissu adipeux normal : « Grandes cellules adipeuse très-minces, très-transparentes, remplies d'un suc hu leux, et tissu conjonctif interceptant des aréoles dar l'intérieur desquelles s'accumulent les vésicules préc dentes. »

Le lipôme est très-rare aux doigts. M. Broca (1) n'e

(1) Broca, Traité des tumeurs, t. II.

a vu que trois ou quatre fois, et, dans un cas cité par Follin (1), le lipôme occupait les faces antérieure et extérieure du médius en empiétant un peu sur la face postérieure.

Unique le plus souvent, le lipôme se développe sans cause connue. On lui a donné pour origine certaines professions et la diathèse lipomateuse qui paraît évidente quand sur le même malade on rencontre un grand nombre de ces tumeurs.

Le lipôme du doigt se présentera sous forme d'une tumeur indolente, circonscrite, soulevée par des bosselures arrondies, molles, flasques, donnant au palper la sensation d'un corps spongieux, n'étant pas plus chaudes que les parties environnantes et n'ayant avec celles-ci aucune différence de coloration. Suivant que le tissu adipeux sera mou ou dur, les bosselures seront molles, dures, ou même fluctuantes.

Le lipôme se développe lentement et reste quelquefois très-longtemps stationnaire. Les ganglions lymphatiques correspondants ne deviennent jamais le siége d'engorgement.

Sous l'influence d'une cause extérieure, le lipôme peut s'enflammer, s'ulcérer, suppurer, se gangréner.

La tumeur lipomateuse est sujette à des récidives, et outre qu'elle peut être fluctuante, elle peut aussi, par la pression, produire une sorte de crépitation. Ce dernier signe est important, il a même un caractère spécial, mais il peut cependant donner lieu à des erreurs de diagnostic. Ainsi dans une séance de la Société de

(1) Follin. Sur un lipôme du doigt medius. In Gaz. méd. de Paris, 1866.

chirurgie (1), nous trouvons à noter plusieurs exemples de cette difficulté. Ce jour-là M. Trélat parla d'un homme de 58 ans, jardinier, qui portait à la face palmaire de la main gauche une tumeur très-peu douloureuse, recouverte par la peau restée saine. Cette tumeur était divisée en deux lobes, occupant l'un l'éminence thénar, l'autre l'éminence hypothénar, séparés par un étranglement dû à l'aponévrose palmaire. La fluctuation était très-nette. Bien qu'on ne pût constater la présence de grains hordéiformes, M. Trélat trouvait un susurrus profond, une sorte de crépitation attribuée cependant à quelques grains déplacés. La tumeur ne pouvait être refoulée vers l'avant-bras, ou le ligament annulaire. Le diagnostic fut : kyste synovial de la paume de la main.

Deux ponctions ne donnèrent aucun résultat, et, quand on incisa la tumeur, on reconnut qu'elle était lipomateuse. Pendant son extraction, M. Trélat constata que le susurrus était produit par le glissement de la tumeur sur les tendons fléchisseurs.

M. Chassaignac prend ensuite la parole et dit qu'il n'y a pas que les tumeurs liquides qui donnent de la fluctuation ; elle a lieu surtout pour les lipômes, quand ils sont bridés par une aponévrose, et il explique le bruissement par le déplacement des petites masses qui composent la tumeur.

M. Tillaux rappelle aussi qu'en 1859, à Cochin, un malade portait à la face palmaire de l'un des doigts une tumeur fluctuante; M. Gosselin crut à l'existence d'un kyste. C'était un lipôme placé sur les tendons fléchisseurs; il n'existait aucun bruit.

(1) Société de chirurgie, séance du 29 avril 1868.

Pour M. Boinet, il faut un déplacement pour la production de la crépitation dans les kystes à grains riziformes, mais il dit qu'on observe aussi cette crépitation dans les tumeurs lipomateuses. Enfin, M. Trélat ajoute que dans les gaînes l'aï est fixe, continu, pendant le mouvement du tendon, tandis que chez le malade en question, la sensation était tout autre. Enfin M. Després fait remarquer que les kystes synoviaux sont très-tendus, qu'ils donnent difficilement la sensation de fluctuation, tandis que chez le malade de M. Trélat, celle-ci était facilement perçue.

Comme on le voit, un diagnostic exact ne sera pas toujours facile. Le même doute existerait si l'on avait à différencier un lipôme d'une tumeur fibro-adipeuse, mais la confusion ne serait heureusement pas grave. On pourrait encore penser à un encéphaloïde cru et enkysté; mais dans ce cas, la marche n'est plus la même, les ganglions lymphatiques correspondants sont pris, et de plus l'encéphaloïde siége très-rarement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Voudra-t-on enfin avoir la certitude complète que la tumeur, quoique fluctuante et crépitante, est lipomateuse, on pourra faire alors une ponction capillaire exploratrice, ou mieux encore employer le moyen de M. Hénocque qui consiste à diriger sur la tumeur un jet d'éther pulvérisé; la température s'abaissant de quelques degrés, la tumeur prendra une consistance dure, si elle est formée par de la graisse.

Le lipôme est une tumeur bénigne, et quand elle gênera le malade, on l'extirpera. Souvent elle est entourée d'une atmosphère celluleuse très-lâche qui ne présente

aucune résistance et qui permet très-facilement de l'enlever par énucléation.

Tumeurs fibreuses. — Ces tumeurs sont un peu plus fréquentes aux doigts que les lipômes.

Nous ne ferons que mentionner ces petits *fibrômes* qui peuvent exister à la base des doigts, fibrômes attribués à la diathèse arthritique, et qui entraînent avec eux la rétraction de l'aponévrose palmaire. Ils ne prennent jamais assez de développement pour former une maladie distincte de cette rétraction.

On pourra rencontrer aux doigts le véritable *fibrôme*, tumeur dure, uniquement formée de fibres de tissu lamineux, qui a ordinairement pour point de départ le derme, le tissu cellulaire sous-cutané ou même le tendon et qui siége indifféremment à la face dorsale ou à la face palmaire de la phalange. — Cette tumeur naît sans cause connue et généralement chez les adultes. Le fibrôme est dur, mobile, d'un petit volume, sans adhérence à la peau qui reste saine. Le fibrôme est indolent, à moins, bien entendu, qu'il ne comprime quelque nerf du voisinage, et s'il existe dans l'intérieur d'un tendon il sera un sérieux obstacle à l'usage du doigt. Le fibrôme a une marche lente, il peut rester stationnaire. Sous l'influence de quelque accident, il peut s'enflammer et s'ulcérer. Le fibrôme ne récidive pas.

Quel sera son traitement? Tant qu'il sera indolent, ne gênant pas la malade, le respecter. Aussitôt qu'il sera dans le cas contraire, l'extirper.

Tumeur fibro-plastique. — La tumeur *fibro-plastique* est formée de cellules et de noyaux embryoplastiques

Elle est composée d'éléments analogues à ceux qui font partie de l'organisme normal, mais le mode d'arrangement de ces éléments ne représente aucun tissu physiologique.

Le tissu conjonctif étant répandu dans toute l'économie, on pourra donc rencontrer partout des tumeurs fibro-plastiques. Toutefois le tissu cellulaire est celui qui normalement reste le plus riche en noyaux embryoplastiques; aussi est-il le point de départ le plus habituel de ces tumeurs.

Comme toutes les tumeurs en général, l'étiologie véritable de la tumeur fibro-plastique est inconnue. Elle se présente à l'œil sous une forme arrondie, légèrement bosselée, avec un volume très-variable, mais qui dépasse en général celui du fibrôme proprement dit. A sa période d'état, elle n'adhère pas à la peau, qui est cependant amincie et un peu rouge. Au toucher, cette tumeur donne la sensation d'élasticité et quelquefois celle d'une fausse fluctuation.

Par elle-même, cette production morbide n'est pas douloureuse et elle ne sera gênante que si, en s'accroissant, elle empêche la flexion ou l'extension des phalanges. Comme le fibrôme, elle peut s'ulcérer; mais, à l'inverse de lui, elle peut récidiver et se généraliser. Son pronostic est donc plus grave, son traitement est le même.

Le passage suivant, tiré des Bulletins de la Société de chirurgie (1), donnera un exemple, un tableau exact d'une tumeur fibroplastique des phalanges :

« M. Demarquay présente le doigt indicateur et une

(1) Société de chirurgie, séance du 7 septembre 1853.

portion du deuxième métacarpien gauches qu'il a dû amputer, le matin même, pour débarrasser un homme de 61 ans d'une tumeur développée lentement sur la face antérieure du doigt indicateur et qui se prolongeait dans la paume de la main au devant du métacarpien correspondant.

Le malade dit qu'elle a commencé à paraître il y a deux ans ; elle est allée se développant jusqu'à ce jour sans avoir occasionné aucune douleur. Les mouvements du doigt étaient gênés.

« Doigt indicateur étendu, mouvement de flexion impossible. Le volume de la partie malade est double de ce qu'elle est normalement ; la peau de la face palmaire est violacée; il existe deux petites ouvertures par lesquelles un stylet pénètre à une petite profondeur sans rencontrer de surface osseuse. Cette exploration est douloureuse, elle amène un peu de sang. Un prolongement de la tumeur s'avance dans la paume de la main, ce qui force M. Demarquay à amputer le deuxième métacarpien dans sa continuité en faisant un double lambeau et en sciant obliquement l'os.

« L'examen de la pièce fait constater que la tumeur, développée au devant de l'indicateur, est formée par un tissu jaunâtre assez résistant, peu vascularisé, s'isolant facilement de la peau et des parties plus profondément placées, mais intimement confondu avec les tendons fléchisseurs. Cette tumeur, née du contact des tendons et s'étendant jusque dans la paume de la main, n'adhère pas au périoste qui tapisse la face antérieure des phalanges.

« L'examen microscopique a fait constater la nature fibro-plastique de la tumeur. »

Névrômes. — Les *névrômes* sont des tumeurs composées d'un tissu de nouvelle formation, dont le type se retrouve dans le tissu nerveux. Ils sont très-rares aux doigts. On en distingue trois espèces : 1° le *névrôme vrai* ou *isolé ;* 2° le *névrôme plexiforme ;* 3° le *névrôme papillaire.*

Le *névrôme isolé* se présente sous l'aspect d'une tumeur ovalaire, mobile, roulant sous la peau, qui, à son niveau, conserve sa couleur normale, tumeur située sur le trajet d'un tronc nerveux, à grand axe dirigé dans le sens de la longueur du nerf qui la supporte.

Le premier symptôme qui frappe le malade est le symptôme douleur, augmentée par la pression ; des élancements, des fourmillements se font sentir dans les parties voisines. La douleur est le plus souvent spontanée ; si elle est assoupie, il suffit parfois de la plus légère pression pour qu'au même instant elle éclate comme un choc électrique.

Le développement du névrôme est lent au début. A ce moment, il peut être indolent, et l'apparition de la douleur semble, dans la plupart des cas, coïncider avec une recrudescence de l'activité de développement.

Si le névrôme est multiple, s'il s'agglomère, il forme alors le *névrôme plexiforme.* En même temps qu'on y trouve des nerfs considérablement augmentés de volume, donnant au toucher la sensation de circonvolutions, de cordons noueux, les téguments participent à l'hypertrophie et ajoutent au volume de la tumeur. Comme le précédent, son signe principal est la douleur.

Nous trouvons, dans le Journal d'anatomie et de physiologie de M. Ch. Robin (1), une observation très-

(1) Journal d'anatomie et de physiologie de Ch. Robin, p. 171, 1870.

curieuse qui nous donnera la description du névrôme papillaire.

OBSERVATION III.

Névrôme papillaire de l'annulaire gauche.

C..., jardinier, 37 ans, couché au n° 5 de la salle des hommes de l'hôpital des Cliniques, a toujours joui d'une bonne santé et accuse seulement des antécédents syphilitiques. Il a été soigné à l'hôpital du Midi.

Depuis cette époque (1867), plus d'accidents. Il entre à la Clinique pour une petite tumeur à peine saillante, située presque à l'extrémité de l'annulaire gauche, à fleur de peau, et qui est le point de départ de phénomènes bizarres. Le malade ne sait pas au juste quelle est la date réelle du début de l'affection, mais ce qu'il affirme, c'est qu'elle existait le 9 janvier 1869. Voici comment il s'en aperçut : étant jardinier, il fait, au moment de la taille des arbres, des nœuds d'osier pour rattacher les branches ; or, l'osier en passant sur l'extrémité de son annulaire pendant cette besogne, causait des douleurs de plus en plus vives ; peut-être même pourrait-on voir là une cause de son affection.

Il y avait déjà cinq semaines environ que la taille des arbres était commencée, et le malade faisait de 200 à 300 nœuds par jour. Quoi qu'il en soit de cette étiologie, qui, en somme, est douteuse, le malade ressentait au moindre contact des douleurs très-vives qui ne se localisaient pas au niveau de la tache blanchâtre du doigt, mais s'irradiaient dans la main, l'avant-bras et tout le membre supérieur.

Il y avait même des actions réflexes qui se produisaient par des phénomènes bizarres : le malade ressen-

tait des fourmillements au niveau des yeux, au creux épigastrique, et des palpitations cardiaques. Pendant la nuit, ces fourmillements le réveillaient quelquefois, et s'accompagnaient de céphalalgie et d'un malaise indéfinissable. Comme état général, cet homme est d'un tempérament sanguin et nerveux, il s'observe beaucoup et a même une certaine tendance à l'hypochondrie.

Quant à l'affection en elle-même, elle est caractérisée par une petite tache blanchâtre, légèrement déprimée, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes à peine et de forme triangulaire ; à l'œil nu, on voit très-nettement des petites élevures, des petites saillies blanchâtres ayant l'apparence de papilles hypertrophiées. Le 12 septembre, le malade est amené à l'amphithéâtre. Une incision circulaire, dépassant de plusieurs millimètres le point malade est pratiquée, et les tissus enlevés dans une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Au moment de l'opération, le malade n'a éprouvé aucune sensation qui mérite d'être signalée.

La plaie, couverte de charpie mouillée avec de l'eau alcoolisée, s'est rapidement cicatrisée, et le malade a quitté l'hôpital six jours après avoir été opéré. Il se trouvait alors dans un état fort satisfaisant, et la pression sur le point qui était autrefois le siége de la petite tumeur ne déterminait plus aucune sensation pénible. Un mois plus tard, il est venu de nouveau nous consulter, se plaignant de quelques troubles nerveux mal déterminés, mais le doigt étant toujours complètement indolent.

A l'examen microscopique, on ne rencontre qu'une disposition anormale des papilles nerveuses qui héris-

sent en grand nombre le sommet de gros pédicules ; c'est l'exagération des papilles composées normales,

Ostéômes. — Nous avons encore à mentionner une tumeur très-curieuse des doigts, tumeur d'autant plus curieuse qu'elle est très-rare, car nous n'en avons trouvé aucun exemple dans la science : nous voulons parler d'un *ostéôme sous-cutané*, développé sur le milieu de la première phalange du doigt indicateur de la main droite, ostéôme dont la description, la structure et le traitement vont nous être indiqués par l'observation suivante, observation que nous devons à notre maître, M. le professeur Dolbeau.

OBSERVATION IV.

Ostéôme sous-cutané.

Colman (Louis), 49 ans, terrassier, entre le 9 avri 1873, à l'hôpital Beaujon (1er pavillon, lit n° 8).

Vers l'âge de 10 ans, il s'est aperçu de l'existenc d'une petite tumeur ayant son siége sur le milieu d la première phalange du doigt indicateur de la mai droite. Elle était au début dure et résistante, de la gros seur d'une tête d'épingle ou d'un petit pois, elle ne lu faisait aucun mal et ne le gênait pas. Peu à peu so volume s'est accru : à l'âge de 20 ans, elle avait la gros seur d'une petite noisette, et à 30 ans celle d'un mar ron; c'est ce dernier volume qu'elle a toujours conserv depuis. La tumeur avait ainsi présenté un accroisse ment lent sans donner lieu durant sa marche à aucu phénomène important. Ce n'est qu'au mois de janvie dernier, c'est-à-dire il y a trois mois, que le malad a été blessé par un morceau de fer. A la suite de c

accident, il y a eu une petite ulcération et la peau qui recouvre la tumeur est devenue rouge, tendue, luisante et doulourense; en outre l'ulcération communiquait avec un trajet fistuleux établi depuis, par lequel s'écou-ait un liquide séreux, jaunâtre et purulent. Depuis cette époque la tumeur gênait le malade, était doulou-euse et l'empêchait de travailler. Voyant que ces acci-lents persistaient sans amélioration, le malade s'est lécidé à rentrer à l'hôpital.

Voici son état (9 avril) : On trouve au niveau de la ace palmaire du doigt indicateur de la main droite ne tumeur très-marquée, dont les limites sont en aut à quelques centimètres au-dessous de l'articula-ion métacarpo-phalangienne, en bas l'articulation de premìère et de la deuxième phalange; en dedans, lle se continue presque insensiblement avec la face iterne du doigt, tandis qu'en dehors elle fait une gère saillie. La peau qui recouvre la tumeur est uge, tendue, peu adhérente; elle présente en haut ne ulcération qui a toujours persisté depuis la bles-ure qu'a reçue le malade au mois de janvier. Cette lcération laisse écouler une sanie purulente et pré-nte un petit trajet fistuleux, au fond duquel on voit ne matière blanchâtre dure et résistante. On a pu lever une parcelle de cette matière qui ressemble à la matière calcaire. En comprimant la peau autour l'ulcération on provoque de la douleur. La tumeur ssède à peu près le volume d'un gros marron, elle t dure au toucher dans toutes ses parties; sa surface t inégale, elle présente à sa partie interne deux illies aiguës, séparées par un sillon, qui font partie tégrante de la tumeur. La tumeur est mobile et ne

paraît pas adhérer à la face antérieure de la phalange. D'ailleurs ce qui le prouve, c'est que les mouvements du tendon placé sous la tumeur sont intacts, et que le malade peut étendre et fléchir son doigt à volonté. Le tendon passe, par conséquent, dans une double gouttière formée en haut par la face inférieure de la tumeur, en bas par la face supérieure de la première phalange. Le diagnostic est : ostéôme sous-cutané, ayant peut-être eu pour point de départ un enchondrôme, ou plutôt une tumeur fibreuse ossifiée consécutivement.

Le pronostic est : tumeur bénigne; le traitement ablation par le bistouri.

Le 17 avril, on procède à l'opération. Le malade soumis au chloroforme, le manuel opératoire consiste à faire deux incisions sur la face palmaire de la tumeur incisions se regardant par leur concavité et embrassant l'ulcération qu'elle présente en avant; puis deux autres incisions partant du milieu des deux premières et se dirigeant en bas et en dehors jusqu'à la partie latérale et inférieure de la tumeur. Elle se laisse enlever facilement, car elle adhère très-peu aux parties voisines, ce qui est très-important au point de vue des complications que la blessure pourrait entraîner. La tumeur enlevée on a quatre lambeaux séparés par une incision cruciale que l'on maintient réunis par des bandelettes de diachylon. Puis, par-dessus on met de la charpie, une compresse, une bande, et le malade est soumis au repos absolu au lit.

La tumeur enlevée présente une forme irrégulièrement cubique avec deux points saillants dans son intérieur, elle a a structure du tissu osseux, on trouve même un canal médullaire. Elle présente un point d

nécrose à sa surface correspondant à l'endroit où le malade avait été blessé et où avait persisté une fistule. Examinée au microscope, elle a tous les caractères du tissu osseux.

Le 19. Le malade va très-bien, n'a pas de fièvre, pas de douleur dans les doigts; il mange bien, on lui laisse un pansement par occlusion.

Le 22. Toujours même état. Le malade se lève dans la salle.

Le 30. Guérison.

Nous devons à l'obligeance de M. Hubert, interne du service, de donner ici la description et l'examen microscopique de la tumeur qui fut présentée à la Société anatomique, le 31 octobre de cette année :

« La tumeur, du volume d'un marron, est un peu aplatie d'avant en arrière.

La surface est inégale, mamelonnée, et ses bosselures sont d'un volume très-différent, qui varie de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un haricot.

La face antérieure de la tumeur présente trois bosselures très-marquées. L'une fait saillie directement en avant. Elle est constituée par un pédicule supportant une tête renflée.

A ce niveau la peau est ulcérée et laisse apparaître au dehors cette sorte de champignon osseux.

Tout autour de cette ulcération les bords sont rouges, enflammés, mais non adhérents; il est possible d'introduire un stylet entre l'os et les téguments amincis.

Cette ulcération est due probablement à l'inflammation, puis ensuite à l'ulcération d'une bourse séreuse développée entre cette saillie et la face profonde de la peau.

Une saillie analogue, bien que moins proéminente, existe sur le bord interne de la tumeur.

Sur une coupe faite à la scie, on distingue partout l'apparence du tissu osseux, mais offrant deux aspects différents :

En bas, du tissu compacte rappelant par sa dureté et son homogénéité les exostoses éburnées;

En haut des travées, de minces trabécules cloisonnant une substance analogue au tissu spongieux des os : exostose celluleuse enveloppée d'une mince écorce de tissu compacte.

L'étude histologique confirme les résultats qu'avait fait prévoir l'examen à l'œil nu.

Dans la partie inférieure : ostéoplastes, canalicules de Havers, mais pas de tissu médullaire. On retrouve au milieu des masses jaunâtres des points calcaires.

Dans la partie supérieure : pas de masses calcaires, tissu spongieux, moelle. Nulle trace de tissu cartilagineux.

Tumeur entièrement libre, n'offrant aucune adhérence ni avec l'os ni avec le périoste.

Aucune adhérence avec la gaîne des tendons qui ne laisse même pas d'empreinte sur sa face profonde. »

La lecture de cette observation et celle de l'examen microscopique ne laissent aucun doute sur la nature de la tumeur : *c'est un ostéôme*.

On a vu des ostéômes dans d'autres régions, même loin des os, au milieu même des muscles. Ainsi, Rokitansky a décrit un ostéôme assez fréquent dans le biceps chez les fantassins, dans les adducteurs de la cuisse chez les cavaliers (1).

(1) Cornil et Ranvier, loc. ci

Mais, nous le répétons, nous ne pensons pas que l'ostéôme des doigts ait été déjà signalé, et l'observation de M. Dolbeau est donc remarquable à plusieurs points de vue. Nous ne trouvons qu'un cas qui pourrait se rapprocher de celui-ci, et encore est-il question d'une exostose éburnée siégeant sur un métacarpien. A son sujet, M. Polaillon (1) s'exprime ainsi : « Prescott Hewett (*The Lancet*, vol. II, p. 265, 1850) opéra une femme qui avait, au niveau du premier espace interosseux, une tumeur irrégulière, très-dure, grosse comme une petite noix. Cette tumeur datait de cinq ans. Les pressions étaient si douloureuses, que l'usage de la main était devenu impossible. Après avoir incisé les tissus, on pénétra dans une bourse séreuse qui contenait la production morbide. Celle-ci était située entre l'adducteur du pouce et le premier muscle interosseux dorsal, et se prolongeait jusqu'à la face antérieure du deuxième métacarpien, auquel elle était réunie par du tissu cellulaire dense. On put l'enlever facilement. Elle avait la grosseur d'une noisette et l'aspect d'une mûre. En la sciant, on trouva qu'elle avait la structure et la dureté des exostoses éburnées. Elle était enveloppée par une membrane celluleuse dense. Les mouvements des doigts furent conservés. »

Carcinômes. — Sous ce nom nous comprenons toutes les tumeurs essentiellement malignes qui peuvent siéger aux doigts, à l'exception de l'épithéliôme que nous avons décrit dans notre premier chapitre. Nous en parlons ici parce que cette affection n'a pas, comme les

(1) Dict. encyclopédique, loc. cit.

autres tumeurs, de siége privilégié et qu'elle peut débuter aussi bien par le tissu cellulaire sous-cutané que par les tendons ou le squelette.

La marche du carcinôme est généralement rapide et envahissante.

On pourra rencontrer aux doigts toutes les formes du carcinôme : le *fibreux* ou *squirrhe*, l'*encéphaloïde*, le *colloïde*, le *mélanique* etc. Ainsi nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux* (1) : « Dans une des chambres de la Maison de santé est couchée une femme de 69 ans, d'une constitution sèche et d'un tempérament nerveux; elle est affectée d'une tumeur du pouce de la main gauche ; cette tumeur d'un noir rougeâtre, saignant très-aisément, a envahi la seconde et une partie de la première phalange du pouce ; on ne sent plus l'os de la seconde phalange et la couleur noire de la tumeur apparaît à travers la peau de la partie non ulcérée.

Cette affection aurait débuté sous la forme d'une excroissance développée au niveau de la matrice de l'ongle ; cette tumeur a été enlevée en ville au mois de novembre dernier, puis cautérisée. La plaie de cette opération fut cicatrisée au bout de vingt-six jours ; mais après un laps de temps que la malade ne peut indiquer, une autre tumeur serait apparue sur la cicatrice et aurait envahi successivement le pouce dans une certaine étendue.

En examinant l'aisselle, on y rencontre une tumeur dure, ayant le volume d'un gros œuf de pigeon, mais bien isolée des tissus périphériques, et on ne sent aucun cordon dur le long du bras. M. Demarquay a de suite

(1) Gaz. des hôpitaux, 6 septembre 1855, p. 415.

liagnostiqué une mélanose du pouce et de l'aisselle et l a porté en même temps un pronostic grave.

Les deux tumeurs furent extirpées et leur examen fait)ar M. Ch. Robin confirme le diagnostic de: cancer iélanique du pouce et de l'aisselle.

Quelle que soit son espèce, le carcinôme se présentera l'examen du médecin ou à l'état naissant ou à sa ériode d'état. Dans le premier cas son diagnostic sera ifficile. On pourra le confondre avec toutes les tumeurs récédemment citées; mais cependant avec les commé- ioratifs, la marche, l'hérédité, avec enfin les circon- ances qui accompagnent le développement du cancer 1 général, on arrivera à une conclusion satisfaisante.

Dans le second cas, alors que le carcinôme est déve- ppé, le diagnostic est malheureusement toujours facile. e traitement alors sera une opération large et radi- ile ; et quand pour l'état naissant, on sera certain avoir affaire à uue tumeur solide, on n'hésitera pas on plus à faire son ablation, après avoir toutefois terrogé les ganglions épitrochléens et de l'aisselle.

En résumé, toutes ces tumeurs solides contenues, itre la peau et le squelette des doigts sont tout d'abord un diagnostic difficile. Nous avons essayé de donner s signes qui peuvent les faire reconnaître les unes des itres et nous conclurons ainsi : dès que le médecin ra bien certain d'être en présence d'une tumeur lide, il verra d'abord si elle est gênante et doulou- use et dans ce cas *il l'enlèvera qu'elle qu'en soit sa nature*; elle reste stationnaire et n'entraîne avec elle aucun ouble fonctionnel il ne tentera aucune opération.

CHAPITRE III.

ENCHONDRÔMES.

Dans le troisième plan anatomique que nous nous sommes tracé, dans ce plan qui contient l'os et son périoste, les phalanges, nous rencontrerons des tumeurs solides que l'on peut observer dans d'autres régions, mais qui malgré cela sont pour ainsi dire spéciales aux doigts: *les enchondrômes.*

Ces tumeurs ne sont réellement bien connues que dépuis l'existence de l'anatomie pathologique qui fit voir que des cellules cartilagineuses entraient dans leur composition, mais cependant elles avaient été observées auparavant et les auteurs les avaient désignées sous les noms de tumeurs sphéroïdales des doigts, d'ostéatômes, d'ostéosarcômes des phalanges, de spina ventosa, etc.

Maintenant nous trouvons la description des enchondrômes des doigts dans tous nos auteurs classiques, mais la question a été surtout bien étudiée et décrite par M. le professeur Dolbeau (1), dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1858. C'est dans ce travail que nous voyons que le plus ancien cas d'enchondrôme bien caractérisé est relaté dans une observation de Below et de Schaper, observation qui date de 1698.

L'enchondrôme des doigts présente trois variétés:

(1) Dolbeau. Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens. Arch. gén. de méd., 1858.

1° L'enchondrôme à coque osseuse qui naît dans l'épaisseur de l'os.

2° L'enchondrôme sans coque osseuse, qui naît en dehors de l'os, de son périoste ;

3° Enfin l'enchondrôme des parties molles.

Pour les phalanges, la première variété est la plus fréquente, tandis que la seconde paraît être spéciale aux enchondrômes des grands os. Quant à la troisième, elle est très-rare et son indication a été donnée par M. Lebert dans son Traité de physiologie pathologique (p. 218) où il dit: que la tumeur qui s'était développée au-dessus du périoste, dans le tissu cellulaire de la phalange d'un doigt, était en partie cartilagineuse (structure du cartilage de l'adulte) et en partie osseuse.

Cette division, quoique fondée sur la réalité, sur l'anatomie pathologique, ne doit cependant pas être prise cliniquement au pied de la lettre, car elle n'est pas exacte pour toutes les périodes de la maladie. En effet, si le néoplasme s'accroît, la coque osseuse formée par la distention peut céder, se perforer, et quoiqu'ayant toujours affaire à un enchondrôme central, on n'aura plus au toucher la même sensation, les mêmes signes physiques. D'ailleurs nous croyons que pour l'enchondrôme et le périchondrôme, quand la maladie sera dans une période avancée, leur diagnostic ne sera certainement fait qu'au moment de l'opération.

Comme l'enchondrôme en général, celui des phalanges peut passer par les périodes de crudité, de vascularisation, de ramollissement, de transformation kysteuse d'ulcération.

D'après les nombreuses observations relatées par M. Dolbeau, le doigt médius paraît être le plus souvent

affecté et nous voyons aussi dans ce travail qu'il ne faut pas, comme autrefois, considérer la main comme le siége de prédilection des enchondrômes, car pour 23 observations complètes d'enchondrômes des mains on en compte aussi 20 pour l'enchondrôme de la parotide. Cependant il reste établi que la tumeur solide la plus commune des doigts est la tumeur cartilagineuse.

L'enchondrôme des phalanges peut être considéré comme une maladie du jeune âge. On l'observe surtout de 10 à 20 ans. C'est une affection à marche lente et continue, et la preuve, c'est que toutes les fois que la chirurgie a dû intervenir, c'était pour des tumeurs datant de six, dix et même quinze ans.

Symptômes.— Nous allons pour décrire les symptômes supposer d'abord une tumeur unique, à coque osseuse. Les autres espèces seront décrites à la suite. On pourra rencontrer l'enchondrôme développé sur plusieurs doigts à la fois, mais la main prend alors un tel aspect, qu'il suffira d'avoir vu les pièces du Musée Dupuytren ou même de simples dessins pour en faire le diagnostic.

Dans le premier cas, on a d'abord une tumeur dure, assez régulière, dont le volume est très-variable. Elle donne au doigt la forme d'un fuseau, d'un bulbe. Elle n'est pas mobile et la peau qui la recouvre est normale, légèrement tendue, luisante, non adhérente aux parties sous-jacentes. C'est une tumeur dure, avons-nous dit, mais, si la coque osseuse est mince, on peut constater de l'élasticité, quelquefois même de la transparence, mais une transparence spéciale, semblable à celle qu'on observe pour certains lipômes, n'occupant que la périphérie de la masse morbide. Quand la coque osseuse

est assez mince pour être dépressible, on peut entendre au palper un bruit de parchemin, bruit qui vient aider de beaucoup le diagnostic. L'enchondrôme n'est pas douloureux.

Cet état peut durer longtemps, il peut même durer toute la vie; mais quelquefois, par suite de l'exercice de certaines professions ou d'une violence quelconque, la coque se perfore, la tumeur se vascularise, se ramollit; elle s'étend sous la peau; des kystes peuvent se produire ; la peau enfin s'amincit, s'ulcère, et le doigt semble alors porter un véritable cancer. Avant que la peau soit atteinte, si on palpe la production pathologique, on sent des bosselures, des dépressions qui sont l'indice que la coque osseuse n'existe plus partout, qu'il n'en reste que des îlots, que la tumeur se vascularise.

Si la production morbide s'est développée non pas dans le corps de l'os, mais à sa surface, sur son périoste, si en un mot elle est une tumeur surajoutée à la phalange, elle en occupera une des faces ou un des côtés; elle n'aura pas une apparence régulière mais plus ou moins mamelonnée. Pour elle, on recherchera la mobilité, et trouvant beaucoup de symptômes communs avec la variété précédente, aidé enfin par l'âge et les antécédents, le médecin arrivera facilement à reconnaître cette affection. Quoique beaucoup plus rare que l'enchondrôme central, cette espèce d'enchondrôme des doigts a été cependant observée quelquefois, et quand elle est développée à un certain point, elle peut pour le malade occasionner une gêne qui nécessitera l'intervention chirurgicale. Témoin le fait cité par Viga-

rous (1) où le côté externe du médius était le siége d'une de ces tumeurs, qui tenait les deux doigts à 6 pouces de distance.

Pour ce qui est de l'enchondrôme des parties molles, il est, comme nous l'avons dit, très-rare. Sa distinction sera même assez difficile à faire cliniquement. Nous verrons tout à l'heure avec quelle affection on pourrait le confondre et si l'erreur que l'on pourrait faire a quelque importance.

Pour terminer ce qui a rapport aux symptômes nous dirons qu'en vertu d'une loi générale aux enchondromes, les articulations restent intactes, et souvent les doigts sont allongés, dans les cas bien entendu d'enchondrôme central. Ainsi, on cite un cas où le doigt médius dépassait les autres en longeur de 24 centimètres (2). La généralisation ne se fait pas par les lymphatiques et cependant elle se fait, car nous lisons dans le compte-rendu d'une séance de la Société de chirurgie (8 décembre 1871) un rapport fait par M. Després, dans lequel il s'agit « d'un individu de 34 ans qui depuis l'âge de 11 ans, a vu se développer sur sa main gauche une série d'enchondrômes dans le périoste des phalanges et des métacarpiens. Le mal a commencé quelques mois après une contusion de la main sur laquelle un cheval avait marché. A l'âge de 16 ans, un petit enchondrôme avait paru sur le cubitus du même côté. Quand M. Cazin a vu le malade, il y avait en outre un petit enchondrôme près de la coulisse bicipitale de l'humérus. »

(1) Vigarous. Opuscules sur la génération des os, les loupes osseuses et les hernies, p. 8. Paris, 1788.

(2) Dict. encyclop. des sciences méd., t. IV.

Diagnostic. — Si la maladie est assez avancée, si elle date déjà de plusieurs années, les doigts ont alors la forme pathognomonique des enchondrômes de la région, ils ressemblent à des bulbes ou ils sont fusiformes, et avec les antécédents et la constatation des signes que nous avons donnés, le diagnostic est pour ainsi dire écrit dans la main.

Si au contraire la tumeur est à sa naissance, si surtout elle est périostique, unique, dure, on pourra peut-être la confondre avec une exostose. Mais la marche ultérieure de la maladie, d'autres symptômes syphilitiques, l'âge du sujet, l'absence de douleurs mettraient vite sur la voie. D'ailleurs l'enchondrôme a toujours un certain degré d'élasticité qui n'appartient qu'à lui et l'on sait aussi que la phalange n'est pas le siége de prédilection de l'exostose.

Quoique rare, l'enchondrôme des parties molles peut se rencontrer et par suite être pris pour une tumeur fibreuse. L'erreur ne sera pas préjudiciable au malade, puisque dans les deux cas le pronostic est bénin et le traitement le même.

Confondra-t-on l'enchondrôme mobile ou même le petit enchondrôme adhérent avec ces tumeurs fibreuses liées à la diathèse arthritique? Non. Celles-ci siégent ordinairement sur le trajet des tendons fléchisseurs, elles sont multiples, occupent les deux mains et amènent presque toujours avec elles la rétraction de l'arcade palmaire.

Le lipôme est en général bien circonscrit, rare d'ailleurs aux phalanges, fluctuant dans la plupart des cas, non élastique. Il ne sera pas confondu avec l'enchondrôme. Un bon signe pour reconnaître le lipôme, sur-

tout s'il est assez volumineux, c'est de presser sur le sommet de la tumeur, et à sa périphérie il se formera des quadrillages. Enfin le doute pourra être complètement levé au moyen du procédé de M. Hénocque.

Nous trouvons dans les *Archives de médecine* (1) quelques cas de dactylite syphilitique. La confusion entre cette affection et l'enchondrôme ne sera pas possible, car alors, outre la tumeur des doigts, il existe non-seulement d'autres signes syphilitiques dans diverses régions, mais encore tout le système osseux subit les atteintes du virus vénérien. Ainsi nous lisons : « qu'un homme de 45 ans est atteint au petit doigt de la main gauche d'un épaississement qui s'étend d'une manière uniforme aux trois phalanges. On ne reconnaît plus d'interligne articulaire, la limite entre la première phalange et le métacarpien est marquée par une sorte d'anneau ; la peau est pâle, tendue, luisante; l'ongle n'est point altéré. Aucune douleur à la pression ; mouvements des articulations phalangiennes considérablement limités. » Mais avec cela nous remarquons que les seconds orteils présentent des altérations tout à fait analogues. De plus, au niveau de la première et de la deuxième pièce du sternum, on trouve une tumeur dure, indolente, du volume d'un œuf de pigeon, inégale (exostose), et au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, une autre tumeur plus volumineuse. Nous citerons encore le cas d'une femme de 48 ans qui a une syphilis ancienne (psoriasis, céphalalgie) et qui présente en même temps un gonflement indolent des phalanges de plusieurs doigts.

(1) Archives de méd., 1869, I.

Il nous suffira de retracer rapidement les signes de la *tumeur érectile* pour en faire le diagnostic différentiel avec la tumeur cartilagineuse des doigts. Nous prendrons la tumeur érectile à sa période d'état et nous verrons qu'elle forme un relief plus ou moins circonscrit, relief entouré d'un empâtement plus ou moins régulier et qui est l'indice de la dilatation variqueuse des petits vaisseaux du voisinage. La tumeur est lisse ou un peu mamelonnée, molle, élastique, dépressible. Presque flasque au repos, elle devient presque dure, turgescente sous la provocation. Si on la comprime, elle diminue de volume par suite du départ du sang. Le même phénomène se produira si on comprime une branche artérielle principale. Mais les symptômes les plus importants, ceux qui trancheront toute difficulté sont les mouvements d'extension de la tumeur, ses battements isochrones avec ceux du pouls, ou un frémissement vibratoire continu avec renforcement. Enfin l'oreille armée d'un stéthoscope pourra entendre un souffle, un susurrus. Rappelons encore que la tumeur érectile est le plus souvent précédée d'un nævus.

On ne prendra pas non plus pour un enchondrôme un kyste tendineux ou un kyste synovial. Celui-ci siége d'ailleurs près des articulations, et nous savons que celles-ci sont épargnées par les enchondrômes. La marche de la maladie, les antécédents viendront éclairer le diagnostic, et la lumière pourra être complètement faite à l'aide d'une ponction capillaire exploratrice.

Si nous prenons maintenant l'enchondrôme dans la période d'ulcération, alors que la tumeur est énorme, bosselée, ulcérée, on pourra peut-être la prendre pour un carcinôme. Mais, nous penserons immédiatement à

la marche de cette dernière affection, à l'âge du sujet, à l'hérédité, à son siége et à l'engorgement ganglionnaire.

Le confondra-t-on davantage avec une tumeur à myéloplaxes? Nous savons que celle-ci est excessivement rare aux phalanges et que son siége de prédilection se trouve aux maxillaires. Nous savons en outre qu'elle a une marche rapide, surtout au début, qu'elle reste rarement stationnaire, et qu'en quelques semaines elle acquiert un volume notable, même lorsqu'elle est intra-osseuse. De plus, plusieurs de ces tumeurs présentent dès leur début ou seulement à une certaine période de leur évolution des pulsations accompagnées ou non d'un bruit de souffle, phénomènes qui indiquent tout simplement un développement notable de leur système vasculaire. Les tumeurs à myéloplaxes viennent dans la jeunesse, de 15 à 25 ans.

Nous ne parlerons que pour mémoire du spina ventosa. Cette affection n'a aucun rapport avec la tumeur cartilagineuse, car d'abord elle est inflammatoire et elle appartient aux scrofuleux. Outre les symptômes inflammatoires, la suppuration, l'existence de fistules cutanées suffiront pour la différencier de l'enchondrôme.

Le *traitement* des tumeurs solides des doigts est à peu près le même pour toutes. D'abord expectation tant que la tumeur est peu volumineuse, non gênante pour l'exercice de la profession ; ensuite intervention chirurgicale. Celle-ci variera avec chaque cas comme son manuel opératoire, mais elle sera toujours guidée par ce principe : qu'il faut enlever tout le mal en même temps qu'il faut conserver le plus possible, dans une région aussi importante que celle qui nous occupe. Il

est inutile d'insister par exemple sur les avantages que l'on obtiendra en conservant les tendons.

Excepté dans un seul cas, on rejettera les pommades, les onguents : c'est dans celui de tumeur syphilitique qui disparaîtra par un traitement approprié.

Pour ce qui est de l'enchondrôme en particulier, M. Parisot (1) (de Nancy) n'hésite pas à proscrire de sa thérapeutique l'amputation du doigt, sauf à réserver cette opération pour les tumeurs centrales, fusiformes, très-volumineuses qui ont envahi toute la diaphyse. Tandis qu'il pose en principe qu'il faut réséquer la tumeur, lorsqu'elle est surajoutée à l'os ou qu'elle semble en être le développement latéral. Enfin, pour se mettre à l'abri des récidives, bien que la nature bénigne du produit pathologique ne doive pas donner lieu à cette crainte, M. Parisot conseille l'évidement de l'os.

OBSERVATION V.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui en 1864 se présente à M. Parisot avec un enchondrôme de la première phalange de la main gauche, qui l'empêche d'être employée dans une maison de nouveautés.

Nous ne rapporterons ici que le manuel opératoire et ses suites : incision des téguments dans toute l'étendue de la tumeur, puis on taille deux lambeaux qu'on rabat sur les faces dorsale et palmaire de la phalange. La tumeur est alors mise à nu jusqu'à sa base, on l'emporte à l'aide d'une scie à chaîne. On pratique ainsi à la phalange une fenêtre qui permet de constater que tout l'intérieur de la diaphyse est rempli d'une substance

(1) Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1868.

analogue à celle qui compose la tumeur. On enlève cette substance avec une petite gouge et l'os est creusé jusqu'à ce qu'il soit réduit à une mince lamelle de tissu compacte. Pour éviter l'articulation, M. Parisot a soin de ne pas trop se rapprocher du cartilage diarthrodial. La cavité de la phalange est tamponnée avec de la charpie sèche et on termine par un pansement simple.

Vingt-six jours après l'opération, la cicatrisation est complète et la jeune fille commence à coudre.

La malade, revue un an après, n'a éprouvé aucune manifestation nouvelle de la maladie. M. Parisot fait remarquer que l'ablation de l'enchondrôme n'a pas été suivie de récidive, bien que l'on n'ait pas eu recours à la cautérisation de l'intérieur de la diaphyse, comme le veulent plusieurs chirurgiens.

Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.



A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31